



7601

(Apposez l'étiquette du patient ou de la patiente si disponible.)

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ À UNE TIERCE PARTIE

*J'autorise le Centre des sciences de la santé de Kingston (CSSK) à communiquer les renseignements personnels sur la santé décrits ci-dessous.*

Décrivez les renseignements qui peuvent être communiqués et précisez les dates pertinentes : \_\_\_\_\_

Communiquez les renseignements à :

(Nom/Organisme)

Adresse et n° de télécopieur du destinataire :

(Adresse de la personne, de l'établissement ou de l'organisme qui demande l'information)

(n° de télécopieur)

Renseignements sur le patient ou la patiente :

(Prénom et nom de famille)

(Date de naissance (aaaa/mm/jj))

(Adresse)

(N° de téléphone)

But de la communication :  Soins continus  Raison personnelle  Raison juridique  Assurance  Autre : \_\_\_\_\_

Établissements de soins :  Hôpital général de Kingston  Hôpital Hôtel-Dieu  Centre de cancérologie  
 Bayshore

**Autorisation :** Je, \_\_\_\_\_, possède l'autorisation légale de faire cette demande en ma qualité de  
(Prénom et nom en lettres moulées)

- Patient ou patiente
- Mandataire spécial(e)\* – joindre la preuve
- Fiduciaire/exécuteur ou exécutrice testamentaire – joindre la preuve

\*Si vous êtes mandataire spécial(e), précisez :

- Parent ayant la garde/tuteur légal ou tutrice légale (enfant incapable de moins de 16 ans) \*
- Procureur ou procureuse au soin de la personne (adulte incapable)\*
- Autre : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE REQUISE :**

Date (aaaa/mm/jj) :

Cette autorisation doit contenir les signatures originales; les photocopies ne seront pas acceptées. Il est entendu que la présente autorisation peut être annulée ou modifiée par écrit à tout moment par le patient ou la patiente. Elle cesse d'être en vigueur automatiquement quatre-vingt-dix (90) jours après la date de signature ci-dessus.

**Soumettre à :**

Bureau de divulgation des renseignements  
Centre des sciences de la santé de Kingston  
76, rue Stuart, Kingston (Ontario) K7L 2V7  
Télécopieur : 613 542-8071 Courriel : [khscrequest@kingstonhsc.ca](mailto:khscrequest@kingstonhsc.ca)

Pour obtenir d'autres renseignements, lisez le code QR ou  
consultez la page « Mes renseignements personnels sur la  
santé » à [www.kingstonhsc.ca](http://www.kingstonhsc.ca).

